

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1912-1913. — N° 1

Contribution à l'Etude
DE
l'Hématémèse du Nouveau-Né
et du Jeune Enfant

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 8 Novembre 1912

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

André POURSAIN

Né à Lille (Nord), le 26 Mars 1885,

Elève à l'Ecole du Service de Santé Militaire.



TRÉVOUX

IMPRIMERIE JULES JEANNIN

—
1912

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE L'HÉMATÈMESE
DU NOUVEAU-NÉ ET DU JEUNE ENFANT

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1912-1913. — N° 1

Contribution à l'Etude
DE
l'Hématémèse du Nouveau-Né
et du Jeune Enfant

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 8 Novembre 1912

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

André POURSAIN

Né à Lille (Nord), le 26 Mars 1885,

Elève à l'Ecole du Service de Santé Militaire.



TRÉVOUX

IMPRIMERIE JULES JEANNIN

—
1912

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ. DOYON.
J. COURMONT ASSESEUR.

Professeurs honoraires

MM. CHAUVEAU, AUGAGNEUR, SOULIER, TRIPIER, CAZENEUVE,
LEPINE, PIERRET, BEAUVISAGE.

Professeurs

Cliniques médicales.....	MM. TEISSIER.
Cliniques chirurgicales	ROQUE.
Clinique obstétricale et accouchements.....	BARD.
Clinique ophtalmologique.....	PONCET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	JABOULAY.
Clinique des maladies mentales.....	FABRE.
Clinique des maladies des enfants.....	ROLLET.
Clinique des maladies des femmes.....	NICOLAS.
Physique médicale.....	LEPINE (J.).
Chimie médicale et pharmaceutique	WEILL.
Chimie organique et toxicologie.....	POLLOSSON (A.).
Matière médicale et botanique.....	CLUZET.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	HUGOUNENQ.
Anatomie.....	MOREL.
Anatomie générale et histologie.....	X...
Physiologie.....	GUIART.
Pathologie interne.....	TESTUT.
Pathologie et thérapeutique générales.....	RENAUT.
Anatomie pathologique	MORAT.
Médecine opératoire.....	COLLET.
Médecine expérimentale et comparée.....	LESIEUR.
Médecine légale.....	PAVIOT.
Hygiène.....	POLLOSSON (M.).
Thérapeutique	COURMONT (P.).
Pharmacologie.....	LACASSAGNE.
	COURMONT (J.).
	PIC.
	FLORENCE.

Professeurs adjoints

Physiologie, cours complémentaire.....	MM. DOYON.
Maladies des oreilles, du nez et du larynx	LANNOIS.
Pathologie externe.....	VALLAS.
Maladies des voies urinaires.....	ROCHET.

Chargés de cours complémentaires

Chimie minérale.....	BARRAL.	agrégé
Propédeutique chirurgicale.....	BERARD,	—
Propédeutique de gynécologie.....	CONDAMIN,	—
Chirurgie infantile	NOVE-JOSSERAND,	—
Accouchements	COMMANDEUR,	—
Matière médicale	MOREAU,	—
Embryologie	REGAUD,	—
Anatomie topographique.....	PATEL,	—
Botanique.....	BRETIN,	—
Chirurgie expérimentale.....	VILLARD,	—
Clinique infantile.....	MOURIQUAND.	—
Propédeutique urologique.....	GAYET.	—
Déontologie et Médecine professionnelle.....	Et. MARTIN.	—

Agrégés

MM.	MM.	MM.	MM.
REGAUD.	Et. MARTIN.	BRETIN.	MOURIQUAND.
COMMANDEUR.	LAROYENNE.	LERICHE.	ARLOING (F.).
GAYET.	VORON.	THEVENOT.	GUILLEMARD.
NEVEU-LEMAIRE.	NOGIER.	TAVERNIER.	PIERY ch...
PATEL.	LATARJET.	CADE.	SAVY ch...

M. BAYLE, secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. WEILL, *Président*; LESIEUR, *Assesseur*;
MM. COMMANDEUR et VORON, *Agrégés*.

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A MON PÈRE, A MA MÈRE

*Je dédie ce modeste travail, faible
gage de ma profonde affection et de
mon infinie reconnaissance.*

A MA FAMILLE

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR WEILL

Professeur de Clinique Infantile à l'Université de Lyon,
Médecin des Hôpitaux,
Chevalier de la Légion d'honneur.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ VORON

Accoucheur des Hôpitaux.

Monsieur le Professeur agrégé Voron a bien voulu nous donner le sujet de cette thèse et nous a aidé de ses conseils, qu'il soit assuré de toute notre reconnaissance, qui lui est due aussi pour la bienveillance avec laquelle il nous a toujours reçu dans son service.

Monsieur le Professeur Weill nous a fait l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse et a bien voulu nous confier plusieurs observations. Nous l'en remercions vivement.

Nous sommes redevables à Monsieur le Professeur Lesieur et à Monsieur le Professeur agrégé Commandeur, d'avoir bien voulu faire partie de notre Jury.

A nos Maîtres des Facultés de Paris et de Lyon et de l'Ecole du Service de Santé militaire, nous exprimons notre sincère gratitude.

Nous assurons de notre profonde reconnaissance Monsieur le Docteur Bériel, qui nous a toujours accueilli de la façon la plus aimable.

Nos respectueux remerciements à Monsieur le Médecin-Major de 1^{re} classe Marotte, pour la bienveillance dont il a toujours fait preuve à notre égard.

Nous réservons une large part de notre gratitude à

Monsieur le Médecin-Major Fourcade. Il nous a toujours témoigné les meilleures preuves de sa sympathie et toujours honoré des meilleures marques de son amitié. Nous sommes heureux aujourd'hui de lui exprimer notre plus vive reconnaissance.

Introduction -- Historique

L'hématémèse de l'enfant et du nouveau-né n'est pas une entité morbide. Elle a seulement la valeur d'un symptôme. Elle peut exister seule ou être suivie secondairement d'évacuations sanguines par l'anus.

Lorsque l'enfant présentera des vomissements de sang pur, soit aux premiers jours de la naissance, soit, plus rarement, quelques mois après, nous aurons affaire à l'hématémèse vraie, symptôme de l'hémorragie gastrique. On pourra observer le mœlena secondairement et survenant bien après la cessation des hémorragies gastriques. Dans d'autres cas, nous assisterons à des cas mixtes : hématémèse et mœlena.

Dans ce travail nous éliminerons les observations où le rejet du sang par la bouche n'est pas le fait primordial et où l'hémorragie semble avoir son siège dans la partie du tube digestif, située au-

dessous du duodénum. Nous étudierons l'hématémèse du nouveau-né et du jeune enfant dans les cas où ce symptôme est nettement distinct du mœlena ou le précède de beaucoup.

En parcourant les différents travaux publiés sur les hémorragies gastro-intestinales des enfants, on constate la rareté des observations d'hémorragies gastriques existant seules ou précédant nettement l'issue du sang par l'anus. Le mœlena est surtout fréquent, les cas mixtes étant très nombreux.

Dusser, dans sa thèse, sur les 76 cas d'hémorragies gastro-intestinales des nouveaux-nés, a observé :

- 11 fois l'hématémèse seule ;
- 30 » » et le mœlena ;
- 35 » le mœlena seul.

On ne retrouve pas d'écrits médicaux pendant la période gréco-romaine et la renaissance faisant mention des hémorragies gastro-intestinales des enfants. Les divers auteurs ont généralement eu la tendance de confondre ces différentes formes d'hémorragies.

La première observation est de 1682 ; c'est une petite observation d'hématémèse rapportée par Mauriceau, qui a été surpris de ce fait et ne s'en est pas rendu compte.

Ebarth en 1723, Brébisius en 1737, publient plusieurs cas d'hémorragies mixtes des nouveaux-nés.

Hesse et von Pierer, vers 1825, exposent les accidents dus aux hémorragies gastro-intestinales des nouveaux-nés à peu près méconnus jusqu'alors.

Bozonet, dans sa thèse, West, Kling et Silbermann rapportent plusieurs observations d'hématémèses vraies.

Dusser, en 1889, dans sa thèse sur les hémorragies gastro-intestinales des nouveaux-nés, cite plusieurs cas d'hématémèses.

Manget et Hermary, en 1897, résument les opinions émises dans les ouvrages antérieurs et montrent l'importance de la syphilis héréditaire dans ces hémorragies.

Les observations publiées en 1910 par le professeur Weill, en collaboration avec le D^r Gardère, se rapportent à des enfants à antécédents spécifiques, déjà d'un certain âge.

Le docteur Voron, en 1911, le docteur Commandeur, en 1912, ont présenté à la Société d'obstétrique, plusieurs cas observés chez des enfants de leur service de l'Hôtel-Dieu et de la Charité, où le symptôme hématémèse fut nettement distinct et précéda de beaucoup le mœlena.

Etiologie

On a invoqué le travail prolongé des accouchements laborieux ; on trouve cependant, dans les cas de dystocie, rarement des hémorragies gastro-intestinales. Chez les nouveaux-nés, la congestion gastrique fréquente peut aller jusqu'à l'effraction sanguine. Les vaisseaux sanguins des nouveaux-nés sont, en effet, peu résistants, fragiles, comme étant composés d'éléments anatomiques jeunes. La rupture des capillaires pourra être produite par toutes les causes de stase sanguine, de mouvements péristaltiques exagérés, d'irritation prolongée de la muqueuse, de traumatismes et de perturbation dans la circulation.

Hergott et Landau (Soc. obs. de France et *Revue médicale de l'Est*, 1894), défendent l'opinion qui fait jouer un grand rôle aux troubles respiratoires dans la pathogénie des gastro-enterorragies.

On rapporte des observations concernant des en-

fants atteints de lésions multiples de la peau et des muqueusès, qui moururent d'hémorragies multiples par le nez, les poumons, l'intestin.

Preuschen (*Cent. f. Gyn.*, mars 1894), fait observer la coexistence fréquente entre les hémorragies gastro-intestinales et les épanchements de sang intracrâniens. Nous en voyons un exemple dans l'observation du D^r Commandeur.

On a également incriminé les tétées trop souvent répétées, une alimentation trop abondante. Ribemont pense qu'il n'est pas sans inconvénient de gorger les enfants d'aliments dès leur naissance. Il y a peut-être, dit-il, dans la hâte que mettent souvent les mères à remplir de lait l'estomac de leurs enfants une cause importante d'hémorragies gastro-intestinales.

Il faut faire aussi une part à l'hémophilie, au purpura héréditaire, aux états hémorragiques, sous l'influence des infections microbiennes comme la septicémie puerpérale, dégénérescence aiguë, vaccine anormale. Les microbes agissent par leurs toxines sur le centre vaso-moteur et par eux-mêmes sur les vaisseaux et leur contenu.

La muqueuse digestive présente une riche arborisation vasculaire chez le nouveau-né ; la congestion est un fait presque normal ; la tension s'exagère du côté du foie dans le système des veines mésentériques et rien d'étonnant que l'hémorragie se produise.

Le sang stagne dans les vaisseaux de l'estomac, imbibe les parois et finit par s'infiltrer dans la muqueuse et s'exsude à la surface libre de cette der-

nière, de sorte qu'il colore avec plus ou moins d'intensité les mucosités et arrive souvent à produire une véritable hémorragie.

La syphilis héréditaire semble jouer un grand rôle dans la pathogénie de l'hématémèse. A la congestion hépatique intense, accompagnée de cirrhose spécifique, se joignent les lésions d'artérite frappant les vaisseaux gastriques. Lepage rapporte une observation de nouveau-né hérédo-syphilitique qui eut, par deux fois, une hématémèse. Le traitement mercuriel fit disparaître ces accidents.

Différents auteurs, tels que Demelin, Jolly, Lejeune, Hermary admettent le rapport étroit entre les lésions de l'estomac que l'on trouve sur cet organe et la syphilis. Il semble donc que, dans de nombreux cas, il sera possible de retrouver la spécificité chez les enfants frappés d'hémorragie du tube digestif.

On sait, en effet, que la syphilis héréditaire donne lieu, bien souvent, à des hémorragies diverses, se montrant sous forme de purpura, de bulles pemphigoides, mais capables aussi de revêtir les apparences de l'hémophilie, d'une sorte de diathèse hémorragique ; elle porte, de préférence, ses lésions sur le foie et la rate qu'on trouve souvent hypertrophiés. Mais la syphilis, tout comme chez l'adulte, constitue un terrain favorable à l'infection, un lieu de moindre résistance sur lequel celle-ci se greffe facilement.

Mais, si l'infection complique parfois la syphilis déjà si redoutable pour les nouveaux-nés, ce mélange n'est point nécessaire et l'infection peut être seule en cause.

Symptomatologie

L'hématémèse de l'enfant, de même que celle de l'adulte, est le rejet de sang par la bouche ; suivant qu'il a été vomi plus ou moins rapidement, le sang est rouge ou noir.

Avant l'apparition de l'hématémèse, il y a généralement des phénomènes précurseurs qui sont d'une grande importance. Le nouveau-né semble abattu ; il dort continuellement et l'on peut voir survenir, ainsi que le font remarquer Rilliet et Barthez, des changements fréquents de coloration de la face. Quelquefois, on remarque une certaine agitation, des convulsions dans les membres et les muscles de la face. La déglutition est pénible, difficile, accompagnée de nausées. Le lait pur ou mélangé de sang est expulsé quelque temps après son ingestion.

L'hémorragie gastrique sera accompagnée chez le jeune enfant de phénomènes subjectifs non éprouvés par le nouveau-né, tels que douleurs à l'épigastre.

Les cas d'hématémèse, non accompagnés de mœlena ou qui en sont suivis très tardivement, sont des cas rares, et c'est ce qui fait l'intérêt des observations publiées.

L'hémorragie gastrique est le symptôme habituel prévu et attendu dans l'ulcère de l'estomac ; elle est en quelque sorte la signature de la maladie ; on pourra cependant observer des cas où la lésion gastrique fait défaut et où le vomissement de sang a été étudié.

Suivant la quantité de sang perdue en une ou plusieurs fois, l'état général faiblit et les jeunes sujets deviennent anémiques sous l'influence de ces pertes répétées de sang, en même temps que par insuffisance alimentaire. La palpation de l'abdomen est douloureuse, surtout dans la région épigastrique. Le ventre pourra être ballonné dans le cas de péritonite de voisinage ou par perforation. L'hématémèse peut s'accompagner de fièvre, d'ictère, de convulsions et d'hémorragies multiples s'accomplissant par d'autres voies.

Le sang est rejeté par la bouche, quelquefois en même temps par le nez, à la suite d'un effort de vomissement ou d'un accès de toux : c'est souvent après la tétée qu'on l'observe chez le nouveau-né.

L'hématémèse existant comme seul symptôme d'hémorragie du tube digestif est rarement observée, et les cas publiés sur cette question sont peu nombreux. Dusser mentionne, comme fréquence de cet accident, la proportion de 14 pour 100.

L'hématémèse est, avant tout, fonction du siège

de l'ulcération et ne survient que lorsque celle-ci est d'origine gastrique. Au contraire, les enfants porteurs d'ulcérations duodénales vomissent rarement du sang, bien que la perte de substance d'où provient le sang siège très haut dans le tractus intestinal et très près de l'estomac.

Plusieurs observations typiques ont montré, chez des nouveaux-nés porteurs d'ulcérations de la muqueuse duodénale, que l'hémorragie, dans ces cas, avait eu lieu uniquement par l'anus.

Dans une des observations rapportées par le docteur Voron à la Société obstétricale, on remarque que le nouveau-né eut du mœlena secondairement. Il faut remarquer que, tandis que l'enfant vomit, à intervalles rapprochés, une quantité considérable de sang, il n'en évacua, par le rectum, qu'une légère quantité, alors que la cessation des phénomènes hémorragiques était proche. L'hématémèse ici, comme dans d'autres observations, est le fait primordial ; le mœlena secondaire est le résultat de l'expulsion du sang digéré de provenance gastrique et s'évacuant par le rectum.

L'hématémèse sera suivie souvent d'hémorragies des autres muqueuses, avec des taches ecchymotiques sous-cutanées chez les jeunes enfants hémophiles. Chez les hérédosyphilitiques, on aura de la congestion hépatique avec un ictère intense. L'examen du sang, dans ces différents cas, ne semble rien révéler d'anormal.

Anatomie pathologique

Les cas d'hématémèse suivis de mort sont rares ; les autopsies peu fréquentes. La lésion typique est l'ulcère gastrique avec ses caractères anatomiques : forme arrondie, bords taillés à pic, tendance perforante constituant, comme l'ulcère rond de l'adulte, une entité morbide. Ainsi, dans l'observation relatée par James Goodhart, on trouve, chez un enfant ayant présenté une hématémèse mortelle, un ulcère ovale d'un centimètre, profond, à bords tranchants et sail-lants sur la grande courbure près du cardia. D'autres fois, on trouve à l'autopsie l'ulcère rond sans que l'enfant ait présenté d'hématémèse, tel le cas rapporté par le docteur Cade, dans la *Revue des Maladies de l'Enfant*, où un nourrisson de 2 mois mourut de perforation gastrique.

On rencontre, à l'autopsie, des ulcérations de la muqueuse stomacale. Ces ulcérations sont le plus souvent multiples, superficielles, petites, du volume

d'une lentille ou d'un grain de mil. Tantôt il s'agit d'érosions hémorragiques, connues depuis fort longtemps et que Vogel décrivait déjà, érosions parsemant la muqueuse stomacale, très légères, à bords plus ou moins noirâtres, accompagnées de points ecchymotiques.

On pourra rencontrer ces petites ulcérations de la gastrite folliculeuse, déjà vues par Billard, qui leur attribuait un rôle dans la pathogénie des hémorragies du tube digestif des nouveaux-nés.

Dans certains cas mixtes, à côté d'érosions hémorragiques ou folliculaires, certaines des ulcérations observées sont plus profondes, plus étendues, sans offrir cependant les caractères de l'ulcus rotundum.

On peut observer, en même temps, d'autres lésions des divers organes, lésions de cirrhose scléro-gommeuse syphilitique donnant la preuve anatomique et étiologique de l'hématémèse observée. L'ulcération peut siéger sur la partie inférieure de l'intestin, au duodenum le plus souvent ; l'enfant présentera dans ces cas du mœlena et pas d'hématémèse.

L'ulcération gastrique donne la symptomatologie de l'hématémèse. On trouve l'ulcération unique ou multiple sur l'une des faces de l'organe, tantôt près du grand cul-de-sac, tantôt vers le cardia ou le pylore ; l'ulcération généralement est profonde et à tendance perforante. Dans des cas classiques d'hématémèses, la vérification nécropsique pourra être négative. On trouve en même temps, souvent, du côté du mésentère de petits foyers hémorragiques ; les vaisseaux sont congestionnés ; l'estomac et l'in-

testin sont remplis de sang plus ou moins modifié. L'examen de tous les organes devra être fait avec soin. On pourra rencontrer d'autres foyers hémorragiques d'origine congestive et inflammatoire, existant du côté de l'intestin, de la peau, du cerveau et de ses enveloppes (obs. du docteur Commandeur).

Widerhofer fait remarquer qu'on trouve souvent des lésions du foie et de la rate reconnaissant pour origine la syphilis (obs. du docteur Hermery).

Diagnostic -- Pronostic

Les hématomèses sont très rares chez les nouveaux-nés et les jeunes enfants ; elles relèvent souvent des mêmes causes que chez l'adulte, mais avec une fréquence différente. Dans les 17 observations rapportées par Kling, on mentionne un seul cas d'hématomèse. Lorsque l'hémorragie gastrique est accompagnée d'évacuation de sang par le rectum, la lésion intéressera généralement le duodenum et l'estomac.

Le diagnostic de l'hématomèse sera le plus souvent facile à faire. On éliminera les vomissements de sang, provenant de sang dégluti pendant le travail ; dans ces cas de fausse hématomèse, le sang ne vient pas de l'estomac de l'enfant. Habituellement, c'est après les tétées que l'hématomèse se produit : le sang vomi est souvent mêlé à du lait. La nourrice a des gerçures au sein qui ont saigné sous l'influence

des mouvements de succion et l'enfant a avalé ce sang. Il suffit de guérir le mamelon de la nourrice ou ne plus laisser téter l'enfant de ce côté, pour voir cesser les vomissements sanguins. Le diagnostic est facile ; l'absence de tout malaise chez l'enfant, la constatation de gerçures sur le mamelon font de suite faire le diagnostic. On peut aussi ne pas trouver de gerçures au sein, car il y a d'autres causes de fausse hématomèse.

Ebarth, Brébisius et Vogel ont, les premiers, trouvé à ces vomissements de sang une origine fœtale.

Le sang est dégluti pendant le travail. La lésion vient du côté de la mère ou du côté de l'enfant. Les efforts de déglutition que fait le fœtus dans la cavité utérine, lui font absorber une certaine quantité de sang contenu dans les organes génitaux maternels. Le sang peut également provenir de la rupture des vaisseaux du nez, de la bouche, du pharynx ou des poumons du nouveau-né.

L'hématémèse vraie est une affection rare, mais caractéristique ; elle est fonction du siège de l'hémorragie et ne survient que lorsque celle-ci est d'origine gastrique ou beaucoup plus rarement duodénale. En général, on l'observe dès les premiers jours de la naissance ; elle se déclare brusquement par le vomissement de sang rutilant.

Le pronostic sera basé sur la quantité et la durée des hémorragies ; l'issue sera le plus souvent fatale, quand l'hémorragie aura duré plusieurs jours. La résistance de l'enfant dépendra du bon fonctionne-

ment de ses différents organes, souvent lésés par la syphilis héréditaire.

On s'accordait, il y a quelques années, pour considérer toutes les hémorragies gastro-intestinales du nouveau-né comme à peu près fatales. Le pronostic doit être moins sombre en particulier, pour les cas d'hématémèses. Les observations, présentées par le docteur Voron, montrent ce que l'on sait bien aujourd'hui concernant la bénignité relative de ces hémorragies. Un grand nombre d'enfants guérissent, bien que les phénomènes observés aient, d'emblée, une allure alarmante.

Traitement

Ribemont a bien indiqué les précautions à mettre en œuvre pour éviter, autant que possible, les hémorragies des enfants. Le premier soin sera d'assurer le libre exercice de la respiration ; on veillera à ce que les vêtements de l'enfant ne puissent mettre obstacle à l'ampliation thoracique.

On évitera aussi de gorger les enfants d'aliments dès leur naissance. On sait que l'alimentation commencée avant que l'équilibre circulatoire ne soit établi peut congestionner l'intestin d'une façon fâcheuse.

Lorsqu'on aura reconnu, chez un nouveau-né ou un jeune enfant, la présence de l'hémorragie gastrique, il faudra supprimer l'alimentation de quelque nature qu'elle soit, laisser l'enfant couché, en lui occasionnant le moins possible de mouvements. Il faudra éviter que la mère, craignant que la diète ne nuise à son enfant, ne reprenne l'alimentation. On

constaterait alors, comme Wallich le fait observer, des vomissements de sang en abondance. La suppression des tétées amènera la cessation de l'hémorragie. Si l'hémorragie est d'une certaine importance, il faudra arrêter l'hématémèse en employant le sérum gélatiné, par exemple, qui donne d'excellents résultats. Le sérum gélatiné, qui réussit si bien dans le cas de diarrhées rebelles, comme l'a montré le professeur Weill, agit très bien sur l'élément hémorragie.

Pour préparer ce sérum, on ajoutera au sérum chirurgical 1 à 2 % de gélatine qui aura été stérilisée d'une façon récente et parfaite. On emploiera la solution de sérum gélatiné en injections hypodermiques de préférence ou en lavements.

Une autre thérapeutique qui réussit très bien a été appliquée dans différents services, en particulier à la maternité de l'Hôtel-Dieu par le docteur Voron. Les injections sous-cutanées de sérum de cheval, en effet, se font à la dose de 10 à 20 c.

Par ce procédé, on assiste à un merveilleux résultat ; les hémorragies gastriques s'arrêtent, et, de plus, l'état général de l'enfant se relève d'une façon notable. Le sérum de cheval possède, en effet, un pouvoir alimentaire appréciable. On a calculé que 20 cm. de sérum égalaient 1,50 de substances albumineuses équivalant à 150 grammes de lait de femme ; ce médicament mérite d'être généralisé dans son emploi contre les hémorragies des enfants.

En plus de cette thérapeutique interne, on agira sur l'élément congestif par des frictions alcoolisées

sur la peau de l'enfant, suivies de bains chauds à 38°.

On placera le nouveau-né dans une couveuse, ou on l'entourera d'ouate. On provoquera la vaso-constriction par de la glace, des injections d'ergotine ; on aura recours à la solution de chlorure de calcium à 1/100, dont on donnera 2 à 3 cuillerées à bouche à l'enfant.

L'adrénaline sera réservée, lorsque le pouls vient à faiblir.

Si, au bout de quelques jours, comme dans les cas heureux, les accidents ont disparu, on supprimera la diète, l'enfant sera remis au sein et son alimentation sera reprise, en alternant le lait et l'eau bouillie. Après l'hémorragie, on surveillera les enfants de près, car la convalescence peut être longue.

L'allaitement maternel, avec tétées courtes et espacées, avec séjour dans la couveuse ou l'enveloppement ouaté, est à conseiller.

Si l'on craignait une infection spécifique de par les antécédents, il sera prudent de faire des frictions d'onguent mercuriel ou de donner, à la dose de 1 cuillerée à café, de la liqueur de van Swieten, dès que les phénomènes d'hématémèse ont cessé.

Observations

OBSERVATION I (Rapportée par MAURICEAU)

In traité des maladies des femmes grosses, 1682.

Accouchement d'une fille forte qui eut, le premier jour, un vomissement de flegmes mêlées d'un peu de sang. Pendant deux jours l'enfant vomit une matière noirâtre, provenant probablement de sang qui s'était épanché dans le fond de l'estomac, y avait séjourné quelque temps et avait acquis cette couleur noirâtre qui apparaissait dans le vomissement.

Dans la suite, bon état de la mère et de l'enfant.

OBSERVATION II (Rapportée par WEST)

In traité des maladies des enfants, 1845.

Garçon, né d'une mère bien portante, après un travail court et facile, à 11 heures du matin, le 23 novembre 1843.

L'enfant était assez fort, d'apparence robuste et saine et persista dans cet état jusqu'au lendemain où, sans nausées, il vomit presque la moitié d'une soucoupe de sang. Ce vomissement ne s'accompagnait d'aucune douleur. Par intervalles, de une heure en une heure, il rejette de petites quantités de meconium.

Le matin du 25, il vomit un caillot de sang. Au quatrième

jour, nouveaux vomissements, malgré lesquels l'enfant continuait à téter ; le ventre était souple, pas de température ; l'enfant maigrit et mourut âgé de 7 mois. A l'autopsie, on ne trouva aucune explication des symptômes observés.

OBSERVATION III (Rapportée par BOZONET
dans sa thèse, 1866).

Enfant né à terme le 29 avril 1865 ; jusqu'au 4 mai, bon état général de l'enfant. A cette date, vers 4 heures de l'après-midi, est pris d'hématémèse subitement, sans cause apparente. Le sang est noir pur, coagulé, en quantité suffisante pour remplir deux ou trois grandes cuillerées. Croyant que le sang venait de gerçures au sein que présentait la mère, on fait téter l'enfant et on voit qu'il n'y a pas de suintement de sang.

L'hématémèse ne reparut pas, et le 7 mai, l'enfant sort guéri et les selles n'offrirent aucune couleur mélanique.

OBSERVATION IV (Rapportée par BOZONET
dans sa thèse, 1866).

Accouchement long et pénible chez une primipare. Enfant bien conformé. Après la naissance, vomissement d'un mucus noir abondant ; 36 heures après, vomissements de sang à plusieurs reprises, quantité perdue, 4 onces au moins. On administre de l'huile d'amandes douces, aucun traitement. L'hémorragie s'arrête.

OBSERVATION V (Rapportée par KLING)
Ueber moelena neatorum inaugural dissertation,
Munchen, 1875.

Le 7 septembre 1862, femme primipare accouche à la

maternité de Munich. Bassin normal. Durée de la période d'expulsion, une demi-heure. Enfant de sexe masculin, pèse 6 livres. Sommet O I G A. Mouvements respiratoires dès la naissance ; pas de circulaire du cordon. Un jour après l'accouchement, hématémèse, guérison.

OBSERVATION VI (Rapportée par SILBERMANN)

*Ueber moelena neatorum nach einem vortrage gehalten
am märz 1877, in der medical section.*

Mère tripaire ; accouchement le 2 février 1877. Enfant bien portant à la naissance. Le soir de l'accouchement, quelques mucosités sanguinolentes sont trouvées dans la bouche de l'enfant. Le lendemain, l'enfant inquiet a des efforts de vomissements et vomit du sang brunâtre et fluide avec quelques gros caillots. Peu après, nouvelle hématomèse. L'enfant est anémié. Le pouls est faible, filiforme ; il rend encore de grandes quantités de matières noirâtres renfermant des caillots.

On ordonne du lait glacé, vessie de glace sur l'épigastre ; le lendemain, l'enfant n'était plus aussi anémique ; l'hématomèse avait totalement cessé. Les jours suivants, il y eut quelques selles sanguinolentes. Le 4 février, l'enfant était tout à fait bien portant.

OBSERVATION VII (Rapportée par le Dr POMORSKI)

*Zur Etiologie des moelena vera neatorum
Deutsche medicinische Wochenschr, 1888, in thèse Dusser.*

Fillette née d'une primipare âgée de 22 ans et accouchée au forceps, succombe le troisième jour de la naissance, à la suite de vomissements de sang répétés.

Autopsie. — Muqueuse gastrique très hyperémiée avec petits foyers hémorragiques punctiformes et de petites érosions.

Il était évident que les hémorragies s'étaient faites dans l'estomac par ces érosions au moyen de ruptures vasculaires.

OBSERVATION VIII

Hématémèse mortelle au 5^e jour. — In thèse Hermary, 1897.

B..., 35 ans, a eu deux enfants vivants et à terme, accouche à terme après neuf heures de travail, d'un enfant bien constitué pesant 3 k. 350, mesurant 52 centimètres de long. La grossesse avait été bonne. Pas d'altération du placenta.

Le deuxième jour, brusquement, l'enfant est pris d'hématémèse abondante. Il meurt le cinquième jour, après avoir présenté de l'hypothermie à 36°. Il ne pesait plus que 3 k. 240.

Rien à signaler dans les suites de couches de la mère.

OBSERVATION IX (J. GOODHART)

Transactions Pathol. Soc. of. London, 1886.

Ulcère perforant de l'estomac occasionnant une hématémèse mortelle. — Syphilis probable. — In Thèse Hermary.

M. Cook, accoucheur à Guy's hospital, fut mandé pour voir un nouveau-né vomissant du sang. L'enfant mourut 30 heures après la naissance ; il était bien constitué et bien portant, quoiqu'il y eut doute sur la possibilité d'une syphilis congénitale. L'estomac était distendu par des cail-

lots sanguins et, en les retirant, on vit un petit ulcère ovale, d'environ 1 cm. de long, sur la grande courbure, près du cardia.

Les bords de l'ulcère étaient à pic, tranchants ; ils dépassaient le niveau de la muqueuse périphérique ; ils étaient durs et vascularisés. Autour de l'ulcération, il y avait un point noir qui, à la loupe, fut démontré être un vaisseau ouvert ; c'était une ramification de l'artère qui suit la grande courbure. Le reste de l'estomac était normal.

OBSERVATION X (rapportée par LEPAGE)

In Ribemont-Dessaignes, 1893.

Lepage observe, en 1893, une variété particulière d'hémorragie du tube digestif chez un nouveau-né, pendant les deux semaines qui ont suivi l'accouchement. L'enfant rejetait une ou deux fois par jour une cuillerée de sang, 10 minutes après chaque tétée. Ce sang ne provenait, ni du sein de la mère, ni de la bouche du fœtus. Y avait-il ulcération de l'œsophage ? Ce qui est certain, c'est que le père et la mère étaient syphilitiques et que les frictions hydrargyriques ont été suivies de la disparition des accidents constatés.

OBSERVATION XI (due à LEQUEUX)

In Thèse Vicq, Paris, 1909.

M^{me} L..., tripare, a eu deux accouchements antérieurs à terme ; la dernière grossesse remonte à 6 ans.

Le 10 novembre 1904, elle entre à la maternité de l'hôpital Saint-Antoine de Paris. Grossesse à terme O I G A, accouchement rapide. L'enfant pèse 2 k. 700 ; le placenta, 450.

Pas de stigmates de syphilis du côté de la mère. Père mort subitement sans soupçon de syphilis. L'enfant ne présente rien d'anormal à la naissance ; se porte bien jusqu'au 11 novembre, lendemain de l'accouchement. Le 11, à 10 heures, il rejette, par la bouche, une quantité de sang d'environ 10 grammes, rouge non digéré.

On ne trouve rien du côté de la bouche, ni du côté du sein maternel. L'état général de l'enfant n'est pas mauvais, mais il refuse de téter. A midi, nouvelle hématomèse ; l'enfant n'en paraît pas autrement affecté ; l'état général reste bon. L'enfant est placé en couveuse.

Le 12 novembre, dans la nuit du 11 au 12, l'enfant a de nouveau une hématomèse abondante. Le mœlena apparaît alors ; l'état général est le même, non en rapport avec la quantité de sang perdu.

Le 13 novembre, au matin, selle noire, mélanique. Le 15 novembre, l'enfant va mieux et n'a plus ni hémorragie gastrique ni mœlena, Le 16 novembre, l'enfant va tout à fait mieux.

OBSERVATION XII (D^r GONNET, accoucheur des Hôpitaux)

Cas d'hématomèse mortelle chez un prématuré, 1908.

Primipare, âgée de 21 ans, avait eu ses dernières règles le 18 avril 1908 ; la date probable de l'accouchement était le 25 janvier 1909.

L'accouchement a lieu avant terme le 18 novembre 1908. Depuis 3 jours, la malade présente un peu de température. Pas d'albumine. Présentation siège décomplété, mode des fesses ; accouchement facile. L'enfant, né en état de mort apparente, est ranimé facilement, mais il ne crie pas. Il pèse 1.800 grammes. Pas de signes d'hérédosyphilis.

Le 21 novembre, l'enfant pèse 1.730. Il fait son méconium et ses urines, sans traces de sang. Il présente des ecchymoses généralisées aux membres, thorax, sous le menton et au scrotum. On est obligé, à la naissance, de faire deux fois la ligature du cordon qui saigne. Le 21 novembre, deux nouvelles ligatures sont encore pratiquées; il présente de l'œdème pubien et cural. Il crie facilement. La température, le matin, est 36,4, puis 35,4. L'enfant refuse de téter. Le 22 novembre, hématémèse assez considérable, sans mœlena. L'enfant meurt 15 minutes après. L'autopsie ne fut pas faite.

OBSERVATION XIII (communication du D^r VORON)

Société d'obstétrique, 12 février 1912.

Enfant de 3.300 grammes, né le 22 décembre 1911. La mère, femme de 25 ans, a déjà accouché spontanément, il y a 2 ans, d'un enfant de 2.200 grammes, actuellement bien portant. Elle présente un bassin aplati, légèrement rétréci de 9,5 environ de diamètre utile. L'accouchement actuel est fait en présentation du siège. Il y a eu des difficultés pour l'extraction de la tête dernière qui a nécessité une manœuvre de Champetier énergique.

L'enfant, né en état de mort apparente, a été ranimé après 10 minutes de manœuvres. Le 2^e jour après la naissance, on constate que les selles renferment du sang noir. Le même jour, vomissement d'une certaine quantité de sang également noir. Ces deux symptômes se reproduisent pendant les 36 heures qui suivent, mais avec une intensité décroissante.

Traitement donné : Suspension de l'allaitement ; toutes les 3 heures, solution de gélatine mélangée à l'eau froide ;

2 injections sous-cutanées de sérum de cheval (15 cmc). Le 3^e jour, hématurie et mœlena ont disparu et, le 12^e jour, l'enfant quitte la maternité de l'Hôtel-Dieu, se développant régulièrement. A signaler qu'il a présenté un ictère très intense.

OBSERVATION XIV (Communication du Dr VORON)

Société d'obstétrique, 12 février 1912.

Fille de 2 k. 870 grammes, née le 13 novembre 1911. La mère VII pare a encore 5 enfants vivants ; tous ses accouchements ont été spontanés, bien qu'elle ait eu, vers sa quinzième année, une coxalgie, immobilisée pendant 9 mois et guérie actuellement par ankylose de la hanche en flexion et adduction légère.

Claudication peu accentuée, raccourcissement de 3 centimètres environ. Crises fréquentes de coliques hépatiques. Accouchement normal sans incident.

Le lendemain, la mère remarque que son enfant vomit fréquemment des glaires. Le surlendemain, vers 11 heures, vomissement d'une cuillerée à café environ de sang très rouge. Puis, toutes les deux heures, ces vomissements se répètent et continuent avec un caractère vraiment inquiétant pendant 3 jours entiers.

Le sang est toujours rouge et se présente parfois sous forme de caillots, dont les plus gros atteignent les dimensions d'une noisette. Rien à l'examen de la bouche ni du pharynx. Le ventre est souple, non tendu. Les téguments sont devenus, au bout de 48 heures, pâles, et les muqueuses décolorées.

Vers le quatrième jour apparaît un mœlena de sang noir qui se reproduit le lendemain, mais très peu abondant.

Le traitement consista dans la suppression de l'alimentation : sérum gélatiné, solution de chlorure de calcium ; injections sous-cutanées de sérum de cheval (10 c³ par jour).

5 jours après le début de ces accidents, ceux-ci disparaissent complètement. L'enfant est remis au sein qu'il prend avec avidité. Il sort 10 jours après du service avec un poids en voie d'accroissement, mais inférieur encore de 460 grammes au poids de naissance, ce qui n'a rien d'étonnant si l'on songe que le processus hémorragique a été très important et toute alimentation supprimée pendant cinq jours. La température n'a jamais cessé d'osciller autour de 37°.

OBSERVATION XV (Communication du D^r COMMANDEUR
et de M^{lle} MOURET)

Société d'obstétrique mars 1912.

Enfant du sexe féminin, pesant 2 k. 460 grammes à la naissance. La mère est secundipare bien portante. Son premier enfant est vivant et en bonne santé. Elle ne présente aucun antécédent à signaler.

Pas d'hémophilie dans la famille. Elle a accouché six jours avant la date présumée, après une grossesse sans incident. Le travail a duré 6 h. 25, dont 6 h. 10 pour la dilatation et 15 minutes pour l'expulsion, après rupture artificielle des membranes à dilatation complète.

Accouchement simple et facile. Pas de rétrécissement du bassin.

L'enfant est né vigoureux et a crié rapidement. Pas de température chez la mère ; pas d'albuminurie. Les suites de couches furent absolument apyrétiques. Placenta 420.

Les accidents d'hémorragie gastro-intestinale de l'enfant

ont débuté 19 heures après la naissance. Le 29 janvier, à 7 heures du matin, l'enfant commence à rejeter, par la bouche, du sang noir en petite quantité. Les vomissements sanglants sont peu abondants, mais se répètent dans la journée. On met l'enfant à la diète ; la température est de 34,5. Pas de sang dans les selles ; la plaie ombilicale ne saigne pas.

Le 30, les hématémèses persistent avec le même caractère. L'enfant est très pâle, paraît très faible et crie à peine. On constate au niveau de la région mastoïdienne des ecchymoses sous-cutanées. En outre, l'enfant présente du ptosis de la paupière supérieure droite et une hypertension nette de la grande fontanelle, aucun autre trouble moteur. On soupçonne une hémorragie méningée ; on pratique la ponction lombaire et on retire un liquide franchement hémorragique, preuve de sang pur. On fait une prise de sang par piqûre au doigt pour l'examen hématologique. La piqûre ne saigne pas de façon anormale et le sang s'arrête très facilement.

La formule leucocytaire est la suivante :

Polynucléaires neutrophiles.....	67
Eosinophiles.....	1
Intermédiaires (gros mononucléaires à noyau lobé).....	3
Grands mononucléaires.....	8
Mononucléaires moyens.....	14
Lymphocytes.....	7

On donne à l'enfant quelques gouttes de la solution d'adrénaline au 1/1000. Température : 34° 1. Malgré tous les soins, l'enfant succombe à 11 heures du soir.

Autopsie 30 heures après la mort. Le tube digestif est fendu de l'œsophage au rectum ; on trouve du sang en petite quantité dans l'estomac et dans la partie supérieure de

l'intestin grêle, mais absolument pas dans les parties inférieures. Aucune trace d'ulcération du tube digestif, mais seulement des arborisations vasculaires au niveau de l'estomac. Le cœur, les reins, les poumons sont normaux. Le foie est plus petit ; il n'offre aucune altération ; son examen histologique est absolument négatif.

A l'ouverture du crâne, on trouve une large nappe sanguine dans la cavité arachnoïdienne, le sang fluide s'est accumulé vers les fosses occipitales sous l'influence du décubitus. Pas de caillots.

Poids des organes : Foie.....	70
Cœur.....	20
Rein droit.....	11
Rein gauche.....	11
Poumon droit...	30
Poumon gauche.	25
Rate.....	8

On note un petit céphalématome à la partie postéro-inférieure du pariétal droit.

OBSERVATION XVI (Communiquée par M. le professeur WEILL et le docteur WEIGERT).

Hématémèse guérie (11 avril 1911).

L'enfant R. C. présenta trois jours après la naissance, le 11 avril 1911, un vomissement abondant de sang. Les langes en furent couverts. A la suite de cette hématémèse, l'enfant devint très pâle. Jusqu'au 16 avril, le 13, 14, il eut deux ou trois vomissements de sang. Vers cette époque apparut, mais secondairement à l'hémorragie gastrique, du sang dans les selles, constaté à l'analyse. Depuis, l'enfant s'est développé normalement et n'a plus présenté d'accidents.

On employa la gélatine en ingestion, pour traiter les hématomésés observées.

OBSERVATION XVII (Communiquée par M. le professeur WEILL. — Juillet 1912).

Vomissements de sang chez un nourrisson âgé de 7 mois.

R. J., âgé de 7 mois, né à terme, est nourri deux mois par la mère, puis allaitement mixte avec moitié de lait de vache stérilisé jusqu'au septième mois. A ce moment, lait de vache stérilisé pur.

Dès la naissance, l'enfant a vomi, après chaque tétée, souvent la totalité de la tétée, parfois de suite, parfois au bout de deux heures, sans souffrance apparente : le vomissement se faisait sous pression avec un jet énorme, jusqu'à un mètre parfois.

En septembre 1911 (septième mois), vomissements de sang, dont un seul très net ; a percé une dent à la même époque. Après une rémission d'un mois, comprenant le mois d'octobre, retour des vomissements sanglants. En novembre, l'enfant évacue par la bouche des matières brunes, abondantes, sous forme de filaments. Le docteur Molard y découvre la présence de sang.

Ces vomissements de sang ont duré depuis, avec des rémissions de 15 jours à 1 mois.

L'enfant a été vu en décembre 1911, par M. le professeur Weill. Depuis, l'enfant a été, à Lausanne, mis à la farine Milo.

Les vomissements sanglants qui avaient disparu, ont reparu en janvier. Les vomissements non sanglants n'ont jamais disparu.

En février, nouveau séjour à Lausanne, où on a donné à l'enfant du lait albumineux, qui a réussi pendant 15 jours, comme tout changement de traitement.

En avril, retour à Lyon, vu par le docteur Durand.

A ce moment, vomissements sanguins abondants et fréquents, arrêtés par le carbonate de bismuth.

Les vomissements ordinaires n'ont pas été arrêtés, sauf quand on supprime le lait. Jamais de diarrhée, parfois du sang dans les selles, reconnaissable à l'analyse, mais non à la vue.

15 jours après, anasarque développé brusquement, après l'ingestion de deux jaunes d'œuf (anaphylaxie pour l'œuf).

L'enfant avait des périodes d'amaigrissement et d'état stationnaire. Il a pesé, en octobre, 6 k. 900 ; aujourd'hui, il pèse 5 k. 370.

Il a surtout perdu ces derniers jours : 700 grammes la semaine dernière. Aujourd'hui, 17 juillet 1912, aspect cachectique. La perte des 700 grammes n'a coïncidé ni avec la diarrhée, ni avec les vomissements.

Selles putrides depuis trois jours.

Radiographie. — Négative à Lyon et à Lausanne.

La température n'a jamais dépassé 37°4. Elle était souvent à 36°.

CONCLUSIONS

I. — L'Hématémèse est beaucoup plus rare que le mœlena chez les nouveaux-nés et les jeunes enfants. Elle peut cependant être observée seule ou jouer un rôle prépondérant ; aussi paraît-il logique de lui consacrer une description spéciale.

II. — L'Hématémèse du nouveau-né n'est qu'un symptôme et par conséquent doit être rattachée à sa cause.

III. — Cette cause est souvent difficile à mettre en lumière, il semble que l'ulcération doive être incriminée dans la majorité des cas. Le siège de la lésion est surtout important. Nous admettrons que l'hématémèse correspond presque toujours à une lésion gastrique, plus rarement à une lésion duodénale.

IV. — Le pronostic est réservé, sans être cependant fatal. La mortalité semble survenir dans un tiers des cas environ.

V. — L'origine des ulcérations gastriques est variable, assez souvent la syphilis doit être mise en cause.

VI. — Le traitement de l'hématémèse est avant tout symptomatique, il comportera les éléments suivants : diète, assurant le repos de l'estomac, sérum gélatiné, sérum de cheval et autres hémostatiques.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
WEILL.

Vu :

LE DOYEN DE LA FACULTÉ,
L. HUGOUNENQ.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 15 Octobre 1912.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
P. JOUBIN.

BIBLIOGRAPHIE

- ANDÉRODIAS. — Pratique des maladies des enfants, 1910.
- ANDERS. — Dissertation inaugurale. Greifswald, 1885.
- ANDRY. — *Lyon médical*, 1901.
- BAGINSKI. — Traité des maladies des enfants.
- BARRIER. — Traité pratique des maladies de l'enfance.
- BEDUAR. — Die Krankheiten der Neugeborenen.
- BILLARD. — Traité des maladies des nouveaux-nés, 1827.
- BOHN. — Mund-Krankheiten der Kinder. Leipzig, 1866.
- BOUCHUT. — Maladies des nouveaux-nés, 1866.
- BOZONET. — Thèse de Paris, 1866.
- BRÉBÉSIUS. — Acta phys. med. acad. nat., 1737.
- BRIXTON. — Ulcer of stomach, 1857.
- CADE. — *Revue des maladies des enfants*, 1898.
- Maladies de l'estomac, 1910.
- Clinique infantile*, n° 4, 1903.
- COMBY. — Traité des maladies des enfants.
- COMMANDEUR. — *Annales de médecine et de chirurgie infantiles*.
- *Bulletin de la Société d'obstétrique et de gynécologie*, 1911.
- COSTINESCO. — Thèse de Paris, 1896.
- COULON. — Thèse de Paris, 1905.
- CZEPECZ. — De cura infantine recens natorum.

- DEMELIN. — In traité Comby, maladies des enfants.
- DIETEL. — *Presse médicale*, 1896.
- DUSSER. — Thèse de Paris, 1889.
- EMMETH HOLT. — *Presse médicale*, 1902.
- ESCHERICH. — Pathologie des affections gastro-intestinales des nourrissons.
- ESPINE. — Traité pratique des maladies de l'enfance.
- FENWICK F. SAMUEL. — The malad states of the stomach et duodenum. Londres, 1870.
- FILATOW. — Diagnostic et sémiologie des maladies de l'enfance.
- GARTNER. — *Archiv. für Gynaek.*, 1893.
- *Central. für Gynaek.*, 1894.
- GENRICH. — Thèse de Paris, 1875.
- GERHARST'S. — Handbuch der Kinderkrankheiten. Tubingen, 1871.
- Handbuch. Landau, 1874.
- GOODHART. — Traité pratique des maladies des enfants.
- GRANCHER. — Traité des maladies des enfants.
- GRAVES. — *Philadelphia medical Times*.
- GRYNFELDT. — *Nouveau Montpellier médical*, 1892.
- HARDY. — *Dublin quaterly*, nov. 1856.
- HENACH. — *Berl. Klin. Woch.*, vol. XX, Kinderkrank.
- HERGOTT. — *Journal des Praticiens*, 1894. *Revue méd. Est*, 1893.
- HERMARY. — Thèse de Paris, 1897.
- HESSE. — Von Blutbrechen und Moelena der Neugeborener, *Annales*, 1825.
- HUTINEL. — Thèse de Paris, 1877.
- JEANNIN. — Société d'Obstétrique. Paris, 1902.
- JOLY. — Thèse de Montpellier, 1891.
- Journal de Médecine de Bordeaux*, 1890.
- JOUE. — Thèse de Paris, 1903.
- KLING. — Diss. inaug. Ueber moelena der Neugeborenen, Munich, 1874.
- LEPAGE. — Hémorragie des nouveaux-nés, *Précis d'obstétrique*, Paris, 1900.
- LEYDEN. — *Centralblatt für Gynaek.*, 1894.
- LOP. — *Presse médicale*, 1904.

- MANGET. — Thèse de Montpellier, 1893.
- MARFAN. — Traité des maladies des enfants, 1897.
- MAURICEAU. — Traité des maladies des femmes grosses, 1682.
Medical news, 1892.
- NOBÉCOURT. — Maladies des enfants, 1911.
- ORLOWSKI. — Thèse de Paris, 1897.
- OUI. — Les hémorragies gastro-intestinales. *Revue pratique d'Obstétrique et de Pédiatrie*. Paris, 1897.
- PATRICOT. — Thèse de Lyon, 1903.
- PARROT. — Clinique des nouveaux-nés, 1877.
- PETERSEN. — Ueber syphilis hemorragica neonatorum, 1883.
- PENSUTI. — *Lyon médical*, 1901.
- PIERER (von). — *Allgemeine medicin Annalen*, 1825.
- PIRENSKI. — Thèse de Toulouse, 1901.
- RAHN ECHER. — Observations sur les hémorragies des premières voies. *Gazette de Paris*, 1880.
- REIMER. — Thèse de Saint-Pétersbourg, 1876.
- REMY. — Des hémorragies gastro-intestinales chez le nouveau-né. *Revue méd. Est*. Nancy, 1890.
- RIBEMONT. — Des hémorragies chez le nouveau-né. Thèse d'agrégation, 1880.
- RIBEMONT-DESSAIGNE. — *Précis d'Obstétrique*, 1904.
- RILLIET, BARTHEZ et SAUNÉ. — Traité pratique des maladies des enfants. A. Moelena.
- Essai sur les hémorragies intestinales chez les nouveaux-nés. *Gazette médicale*. Paris, 1848.
- RUNGE. — Art moelena, 1893.
- SANTEL. — *Medical Times and Gazette*, 1882.
- SCHOEFFER. — *Centralblatt für Gynaek.*
- SILBERMANN. — *Jahrbuch für Kinderheilk*, 1877.
- SMALL. — Gastro hem. in the newborn. J. A. M. As. Chicago, 1900.
- SOUHET. — Thèse de Lyon, 1903.
- THELLIER. — Thèse de Lyon, 1905.
- VEIT. — *Deutsch neu Wochensch.*, 1881.
- VERNET. — Thèse de Montpellier, 1904.

VICQ. — Thèse de Paris, 1909.

VORON. — *Bulletin de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie*, 1911.

WALLEIX. — *Guide du médecin praticien*. A. Moelena.

WALLICH. — *Précis d'Obstétrique*.

WEILL. — *Traité de médecine infantile*, 1911.

WEILL et GARDÈRE. — *Lyon médical*, 1910.

WEILL, LUMIÈRE et PÉHU. — *Traitement des diarrhées infantiles*.
Lyon médical, août 1903.

WEISS. — *Archiv. für Kinderheilkunde*, 1880.

WEST. — *Traité des maladies des enfants*, 1845.

ZEISS. — *Centralblatt für Gynaek*, 1888.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
Introduction. Historique.....	9
Etiologie	12
Symptomatologie.....	15
Anatomie pathologique.....	18
Diagnostic. Pronostic.....	21
Traitement.....	24
Observations	27
Conclusions	40
Bibliographie.....	43
